

Estado actual de las matronas en España

**Informe
2017**

*Competencias de las matronas reguladas en el
ordenamiento español y europeo.*

**Documento
elaborado por
la Asociación
Española de
Matronas**



Avda. Menéndez Pelayo, 93-3º

28007 Madrid

www.aesmatronas.com

matronas@asociacion-nacional.com



Situación de las matronas en España.

Definición:

La matrona en España es una enfermera especializada (Enfermería Obstétrico-Ginecológica). Un profesional autónomo/a con competencias propias definidas legalmente y reconocidas en los dos ámbitos asistenciales (atención primaria y atención especializada). Su labor incide en un ámbito social tan importante como es el de la maternidad y la atención integral al ciclo vital de la mujer en todas sus fases: salud reproductiva, climaterio y sexualidad. (ICM. FIGO)

En el ámbito internacional la matrona es un profesional reconocido en todos los sistemas sanitarios de los países desarrollados y es considerada como una figura idónea e imprescindible para la atención de la salud integral de la mujer a lo largo de su vida.

La Organización Mundial de la Salud, la Unión Europea, reconoce en la Matrona a un profesional con un perfil competencial específico y con una formación adecuada a las exigencias de la sección 6 del Capítulo III de la Directiva 2005/36/CE, de 7 de septiembre, del Parlamento Europeo y del Consejo.

Marco legal de la profesión.

La profesión de matronas es una de las profesiones sanitarias mejor reguladas y la única especialidad de enfermería que conlleva definición con el puesto de trabajo, una vez obtenido el título de especialista.

La formación y competencias de las matronas están definidas con claridad, tanto en la normativa española como en la normativa europea, legislación de obligado cumplimiento para los países miembros.

Las 2 normativas maestras que regulan la formación y el ejercicio profesional son:

- 1-** Orden SAS/1349/22009, de 6 de mayo, reguladora del programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona) que contempla ampliamente todas las implicaciones competenciales de las matronas en el manejo de programas de salud en aspectos preventivos y de promoción así como la atención directa de procesos reproductivos específicos.

- 2-** Directiva 2005/36/CE, de 7 de septiembre, del Parlamento Europeo y del Consejo. Esta Directiva ha sido transpuesta al ordenamiento español a través del Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, y la Directiva 2006/100/CE, del Consejo, de 20 de noviembre de 2006, relativas al reconocimiento de cualificaciones profesionales.

Las competencias de las matronas.

La matrona es un profesional con una capacidad de adaptación encomiable que le ha servido para sobrevivir como figura reconocida por las distintas sociedades en el transcurrir de los siglos, al saber adecuar su trabajo a los cambios sociales, políticos, científicos/tecnológicos en cada momento que ha sido necesario

Las competencias profesionales como agentes de salud en prevención/promoción de la salud de la mujer están reconocidas internacionalmente y van más allá de las actividades tradicionales en la atención a la gestación, parto y postparto. Tienen reconocimiento a nivel nacional, europeo e internacional, estando dichas competencias avaladas por la amplia legislación vigente.

Las competencias se extienden a la labor asistencial, gestora, docente e investigadora. En la actualidad existe una limitación clara en el desarrollo de cada uno de los ámbitos competenciales que determina también una infrutilización del profesional y al mismo tiempo, una mala inversión por el costo del periodo formativo que, en ningún caso resulta aceptable. Por otra parte, una lesión clara de los intereses de un grupo profesional que persigue su desarrollo completo y que coincide con los intereses de la salud de las mujeres y las familias por la clara relación beneficiosa de costo/eficacia/sostenibilidad.

Actividad de las matronas en el ámbito hospitalario.

Asistencial.

A lo largo de la historia en España, las matronas se han ocupado de la atención de la mujer principalmente en el proceso del parto, bien en domicilio o en algún establecimiento público o privado disponible.

El parto es la causa más frecuente de ingreso en los hospitales españoles. De los 413.024 partos registrados por la Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Hospitalización en 2015, sin lugar a dudas han sido atendidos y cuidados por una matrona.

El 26,66% de los partos atendidos en 2015 (público y privado) se realizó mediante cesárea, si bien las tasas en lo privado son muy altas y modifican la tasa global incrementando las tasas reales de lo público. Las tasas de cesáreas en el sistema público varían entre un 18 y un 29% es un motivo de preocupación, ya que se trata de una intervención de cirugía mayor con una morbimortalidad superior que un parto normal para la madre y una mayor morbilidad fetal (Figuras 1, 2, 3, 5, 6 .)

El papel y experiencia de la matrona es central en la asistencia de la mujer en el parto normal y en la identificación de complicaciones o desviaciones de la normalidad que precisen la atención del obstetra. En cualquiera de los casos, de parto normal o complicado, las matronas son el referente en nuestro modelo asistencial para el seguimiento del proceso y de hecho, el 95% del tiempo que requiera cada parto siempre está bajo la atención de una matrona.

En nuestro país, desde la publicación del documento de recomendaciones “Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud”, en el que las matronas fuimos promotoras y parte, se está produciendo un cambio importante en el modelo de asistencial. Este cambio, pretende un nuevo modelo que maneje este singular proceso desde una visión más fisiológica y con menos intervención, siempre que sea posible, al mismo tiempo ofreciendo una atención personalizada e integral que contemple tanto los aspectos biológicos como los emocionales y familiares, basada en la evidencia científica y

respetuosa con el protagonismo y el derecho a la información y a la toma de decisiones informadas que la legislación reconoce a las mujeres.

Figura 1



En la actualidad, las matronas del Sistema Nacional de Salud no desarrollan su trabajo en los distintos espacios de cada maternidad hospitalaria de acuerdo con las competencias adquiridas.

Prácticamente prestan atención en la Unidad de Parto, Unidad de expectantes o prodrómicas y en la Unidad de Urgencias de Obstetricia y ginecología, en algunos hospitales.

No prestan sus servicios en espacios para los que han sido formadas/os:

Unidad de gestantes de bajo, medio y alto riesgo. Unidad de consultas de diagnóstico prenatal. Unidad de consultas de gestaciones de riesgo. Unidad de fertilidad. Unidad de púerperas. Unidad de hospitalización alto riesgo.

Sin duda, si en todas esas unidades, dentro de un hospital maternal, desarrollaran su actividad las matronas los resultados serían más que positivos, muy particularmente en espacios de hospitalización de puérperas y en espacios de gestantes de riesgo que en éste momento están a cargo de enfermeras sin perfil competencial para cuidados tan específicos.

Figura 2

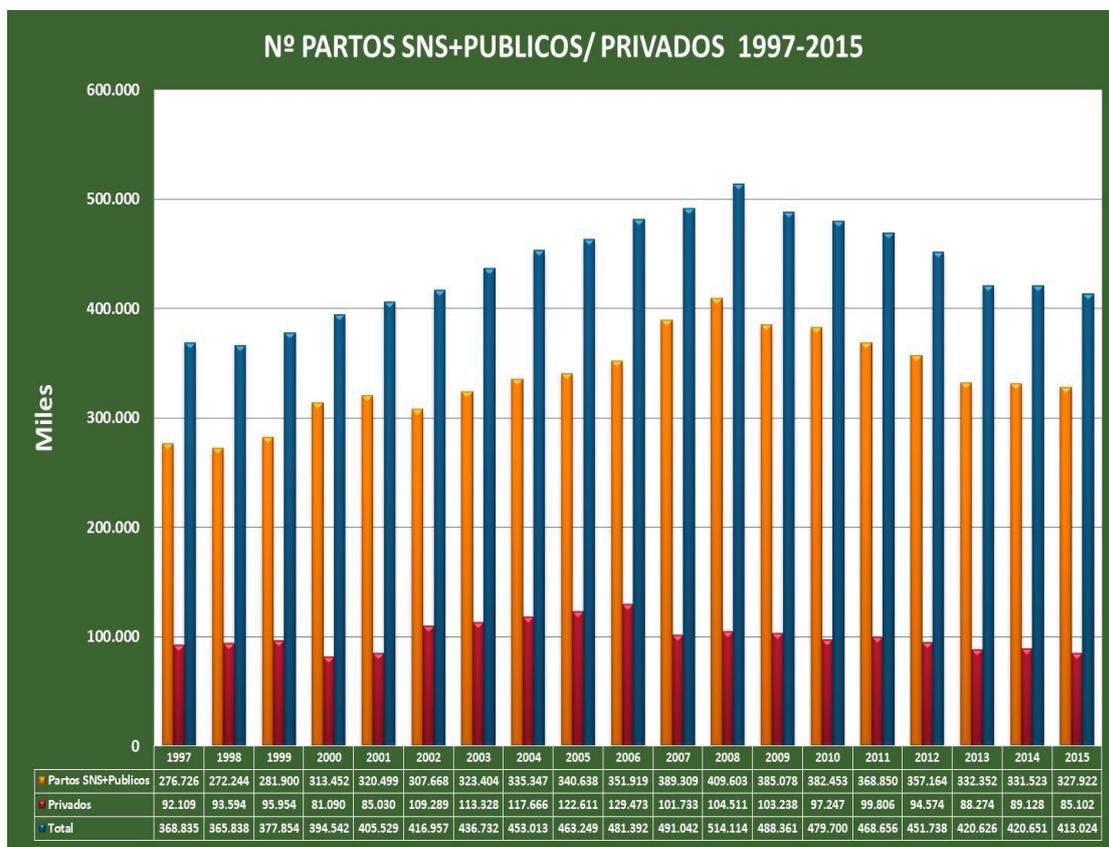


Figura 3. NUMERO DE PARTOS POR CCAA

	1976	1986	1995	2000	2005	2010	2015	2016
TOTAL NACIONAL	677.456	438.750	363.469	397.632	466.371	486.575	420.290	408.34
Andalucía	126.555	95.039	79.422	80.579	91.807	92.201	80.663	78.955
Aragón	17.754	11.219	9.317	9.921	11.628	12.940	11.352	10.924
Asturias, Principado	17.857	10.249	6.588	6.731	7.482	7.763	6.455	6.347
Baleares, Islas	11.169	8.732	7.718	9.502	10.925	11.967	10.597	10.564
Canarias, Islas	27.657	19.743	16.921	18.981	20.127	18.305	16.146	16.138
Cantabria	9.072	5.375	3.734	4.341	5.267	5.575	4.375	4.235
Castilla-León	37.815	25.158	18.002	17.874	19.425	20.486	17.389	16.636
Castilla-La Mancha	26.256	20.220	17.317	16.723	19.007	21.998	18.214	17.727
Cataluña	105.266	60.797	54.221	63.807	79.766	84.368	70.450	67.909
C. Valenciana	67.006	42.937	36.746	40.775	50.628	51.684	43.450	41.836
Extremadura	16.393	14.184	10.844	10.133	9.993	10.128	8.895	8,755
Galicia	44.840	26.178	18.799	19.418	21.097	22.047	19.427	19.049
Madrid, Comunidad	93.279	54.631	47.116	56.623	69.367	73.878	64.879	62.686
Murcia, Región de	19.649	13.958	12.570	14.195	17.330	18.039	15.976	15.458
Navarra, C. Foral	8.663	5.168	4.627	5.262	6.149	6.778	6.007	5.895
País Vasco	41.100	20.260	15.345	17.316	19.698	21.170	18.849	18.243
Rioja, La	4.265	2.446	2.059	2.346	3.038	3.374	2.732	2.661
Ceuta	1.287	1.031	1.055	996	1.065	1.192	1.096	1.067
Melilla	835	978	1.066	1.103	1.012	1.359	1.510	1.471
Residentes en el extranjero	---	---	---	1.006	1.560	1.323	1.858	1.828

Figura 4 MORTALIDAD INFANTIL

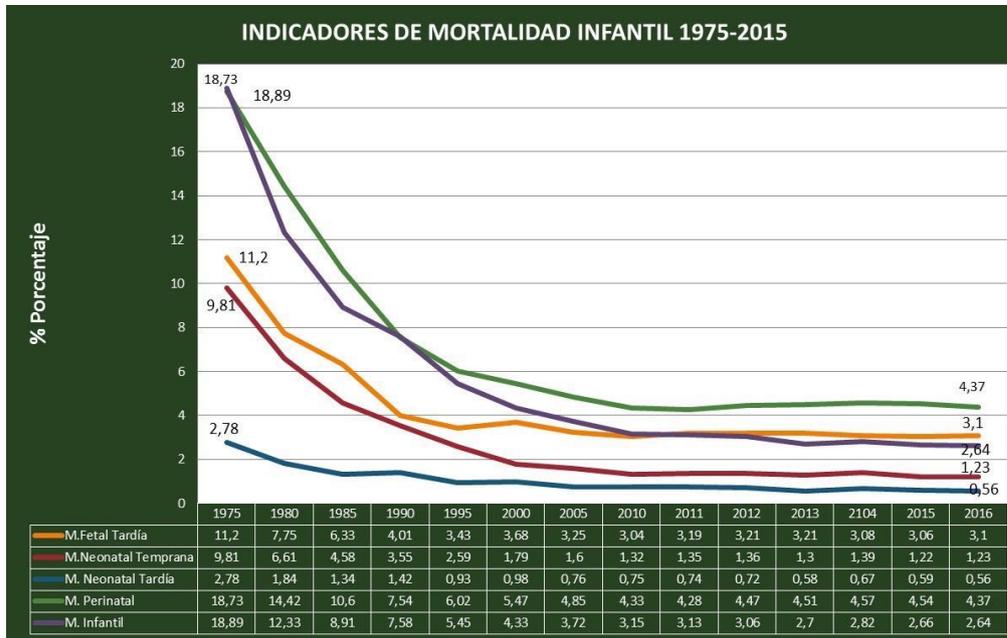


Figura 5 MORTALIDAD MATERNA

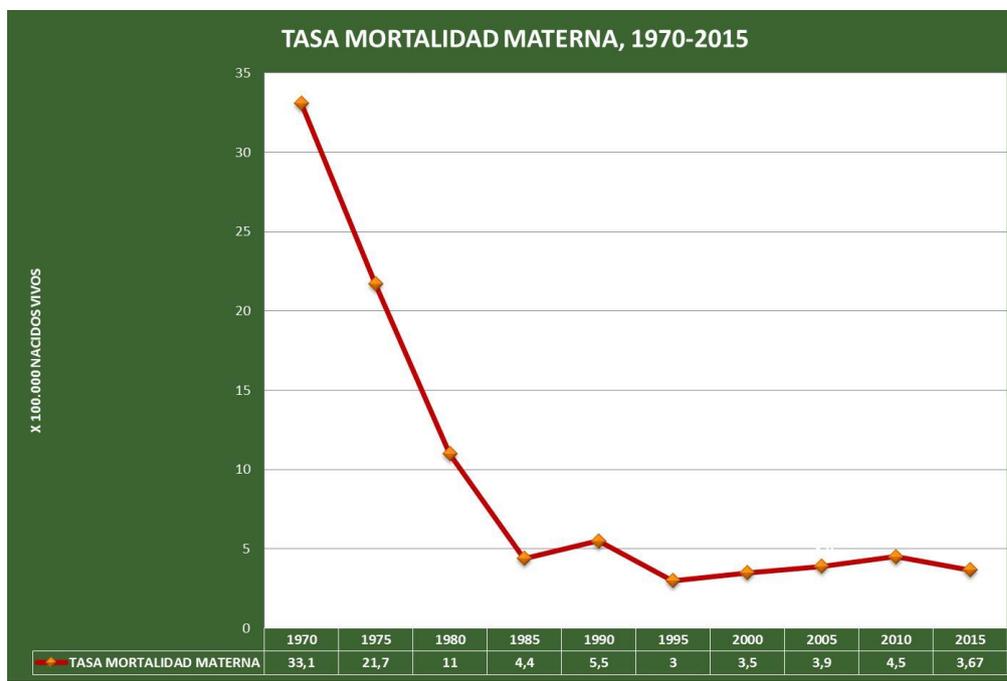
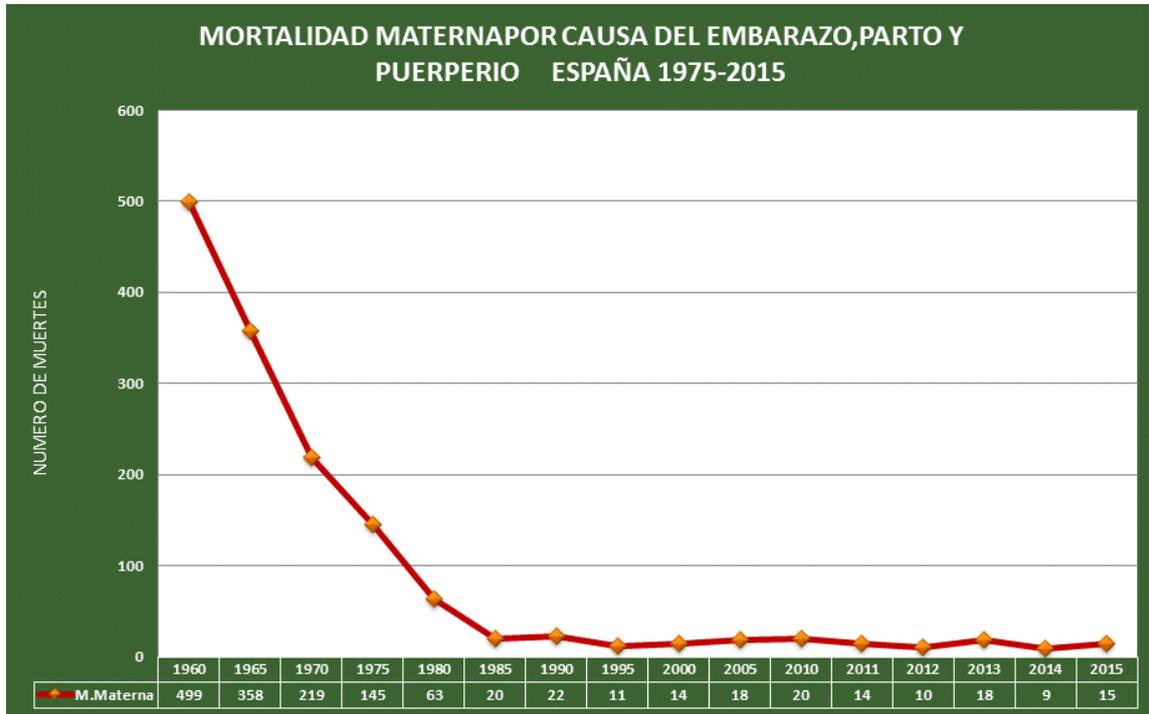


Figura 6 CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA



Las matronas españolas han atendido los partos eutócicos y todos los distócicos hasta su finalización por el obstetra, bien por vía vaginal (fórceps, espátulas, ventosa) o por cesárea.

En relación a los resultados perinatales, las tasas de mortalidad materno-infantil en España se encuentran entre las mejores del mundo (Figuras 7 y 8)

Esto significa que las matronas españolas, junto a otros profesionales han hecho bien su trabajo. Lo mejor que ha sabido y todo lo que han podido.

Figura 7 COMPARATIVO DE MORTALIDAD PERINATAL EN UE

MORTALIDAD PERINATAL EUROPA (15 países) 1975-2014

	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2014
AUSTRIA	21,2	14,1	10,1	6,9	6,8	6,7	5,9	5,9	5,3
BELGICA	20	14,1	10,8	8,9	—	6,4	5,8	6,7	6,4
DINAMARCA	13,3	8,9	8,1	8,3	7,5	7	7,6	-	6,8
FINLANDIA	12,4	8,4	7,3	7,1	5,9	5,8	3,7	3,2	4,9
FRANCIA	18,1	12,9	10,7	8,3	7,7	6,9	10,8	12,1	10,6
ALEMANIA	18,8	12,1	8,4	6,3	6,8	6,1	5,5	5,4	5,4
GRECIA	25,5	20,3	15,7	11,9	10,4	7,2	5,7	5	5,6
IRLANDA	21,5	8,8	5,2	6,3	6,3	5,3	3	2,6	3,2
ITALIA	24,2	17,8	13,5	10,5	7,7	5,6	4,8	4,2	—
LUXEMBURGO	16	9,8	7,8	6,9	—	6,7	3,3	6,2	6,6
HOLANDA	13,9	11,1	9,8	9,6	8	—	6,9	5,6	4,6
PORTUGAL	31,3	23,9	21,5	12,1	9	6,2	4,3	3,5	4,1
ESPAÑA	20,9	14,4	10,9	7,6	6	5,4	4,1	3,5	4,5
SUECIA	11,3	8,8	7,4	6,5	5,5	5,6	4,1	4,8	5,1
REINO UNIDO	19,7	13,4	9,9	8,1	8,9	8,2	8,2	7,6	6,7

Figura 8

MORTALIDAD MATERNA EUROPA (15 países) 1975-2014

	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2014
AUSTRIA	17,1	7,7	6,9	6,6	1,1	2,6	3,8	1,3	8,6
BELGICA	--	--	--	3,4	9,5	5,2	5	6,1	--
DINAMARCA	--	--	--	--	--	--	--	--	--
FINLANDIA	10,7	1,6	6,4	6,1	1,6	5,3	5,2	4,9	5,3
FRANCIA	19,9	12,9	12	10,4	9,5	6,5	5,7	8,5	5,1
ALEMANIA	39,6	20,6	10,7	9,1	5,4	5,6	3,8	5,2	4,1
GRECIA	18,3	17,6	6,9	1	0	0	2,8	5,2	4,3
IRLANDA	7,4	6,8	6,4	3,8	0	1,8	1,6	1,3	1,5
ITALIA	16,7	12,8	8	8,6	3,2	3	--	2,9	1,2
LUXEMBURGO	51,1	0	0	20,3	0	17,5	18,3	17	--
HOLANDA	5,5	8,18	4,5	7,6	12,1	6,9	8,1	1,7	2,9
PORTUGAL	42,9	19,6	10	10,3	5,4	6,2	5,7	5,2	7,3
ESPAÑA	21,7	11	4,4	5,5	3	3,5	4,6	3,4	2,1
SUECIA	1,9	8,2	5,7	3,2	3,9	4,4	5,9	2,6	3,5
REINO UNIDO	16	11	8	8	7	6,8	5,7	5	4,5

Desarrollo competencial en Atención Primaria.

De la misma forma, en éste ámbito, tampoco las matronas pueden desarrollar todo el potencial curricular, salvo en determinadas CCAA, y solo realizan algunos programas de salud con mujeres embarazadas y en algunos casos colaborando en el diagnóstico precoz de cáncer de cérvix.

Por mencionar algunos de los dislates organizativos del Sistema, en Andalucía existen muchos centros donde se atiende a la mujer en edad fértil, por distintos procesos, y no tiene entre los RRHH a matronas.

En este nivel asistencial las matronas deberían liderar programas de: Asesoramiento pre-concepcional. Asesoramiento y seguimiento de métodos anticonceptivos. Programa de prevención del cáncer ginecológico. Mama y cérvix. Realización citología, colposcopia. Valoración del suelo pélvico y prevención de incontinencias. Programas dirigidos a mujeres menopáusicas.

Número y evolución de matronas en España

AÑO	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	AÑO	TOTAL	MUJERES
2016	8.831	565	8.266	1983	5.446	5.446
2015	8.571	511	8.060	1982	4.893	4.893
2014	8.531	540	7.991	1981	4.489	4.489
2013	8.297	498	7.799	1980	4.192	4.192
2012	7.930	453	7.477	1979	4.620	4.620
2011	7.713	469	7.244	1978
2010	7.580	469	7.111	1977
2009	7.354	457	6.897	1976	4.356	4.356
2008	7.217	440	6.777	1975	4.220	4.220
2007	7.057	411	6.646	1974	4.206	4.206
2006	6.868	392	6.476	1973	4.088	4.088
2005	6.774	369	6.405	1972	4.124	4.124
2004	6.698	360	6.338	1971	4.116	4.116
2003	6.764	348	6.416	1970	4.123	4.123
2002	6.547	382	6.165	1969	4.182	4.182
2001	6.463	368	6.095	1968	4.319	4.319
2000	6.439	326	6.113	1967	4.451	4.451
1999	6.344	320	6.024	1966	4.546	4.546
1998	6.387	284	6.103	1965	4.617	4.617
1997	6.095	272	5.823	1964	4.673	4.673
1996	6.314	266	6.048	1963	4.681	4.681
1995	6.072	287	5.785	1962	5.004	5.004
1994	6.105	244	5.861	1961	4.963	4.963
1993	6.210	226	5.984	1960	5.156	5.156
1992	6.425	233	6.192	1959	5.117	5.117
1991	6.250	..	6.250	1958	4.813	4.813
1990	6.321	..	6.321	1957	5.512	5.512
1989	6.208	..	6.208	1956	5.412	5.412
1988	6.291	..	6.291	1955	5.338	5.338
1987	5.763	..	5.763	1954	4.956	4.956
1986	6.103	..	6.103	1953	4.592	4.592
1985	6.207	..	6.207	1952	4.605	4.605
1984	5.770	..	5.770			

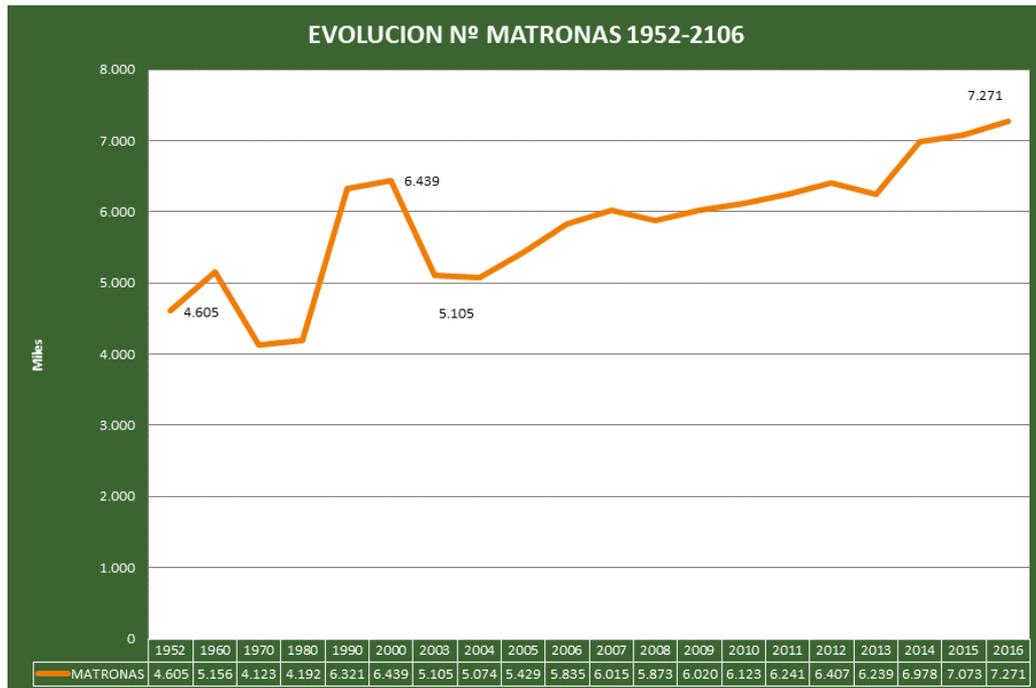
Matronas en España desde 1952, según emisión de títulos.

No contamos con un registro preciso del número exacto de matronas (y menos y muy importante , desagregadas por edad , situación laboral y CC.AA en la que desempeñan su trabajo) que nos permita establecer un panorama real y ajustado de la situación actual y la previsión de necesidades de matronas a futuro. A partir de 1977 se publican únicamente datos del Colegio Oficial de Ayudantes técnicos sanitarios, como consecuencia de la Orden del Ministerio de Gobernación de 1 de Abril de 1977 que estableció la Colegiación única e indiscriminada de las tres antiguas secciones de Practicantes, Matronas y Enfermeras.

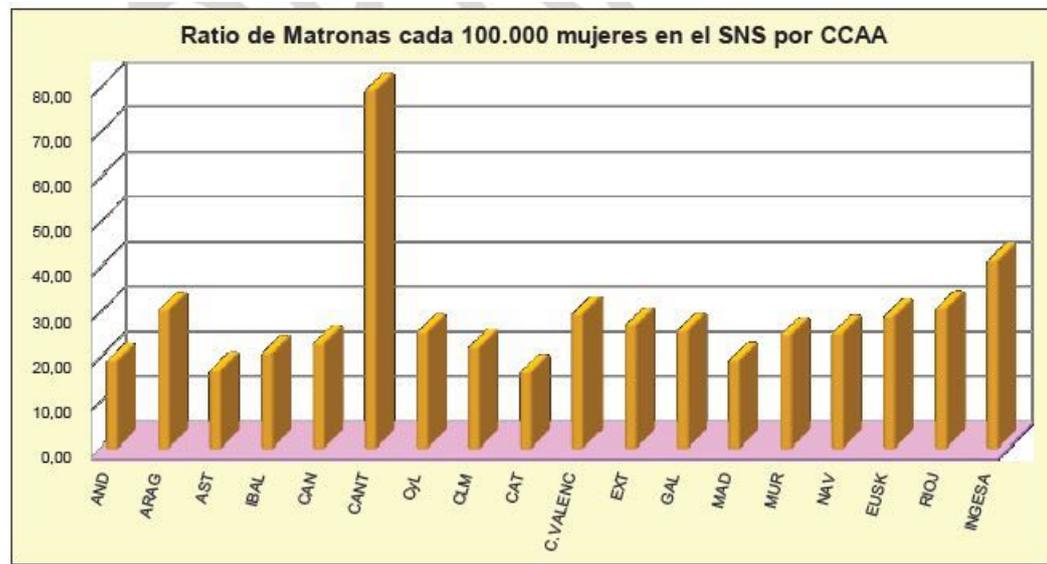
Según datos ofrecidos en el “Informe sobre profesionales de cuidados de Enfermería. Oferta-necesidad 2010-2025” publicado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, el número total de matronas en activo es de 6.272 (Sistema público y privado) de lo que resulta un ratio de 14 matronas cada 100.000 habitantes.

Según el mismo estudio 5.460 matronas trabajan en el sistema público de lo que resulta un ratio de 22,9 matronas cada 100.000 mujeres, distribuidas en 3.360 matronas en Atención Especializada¹ y 2.100 matronas en Atención Primaria. En el sector privado prestan asistencia 812 matronas.

La población de matronas en España tiene una media de edad muy alta en más de un 60 % del colectivo y esto está determinando una aceleración de jubilaciones en los últimos 10 años.

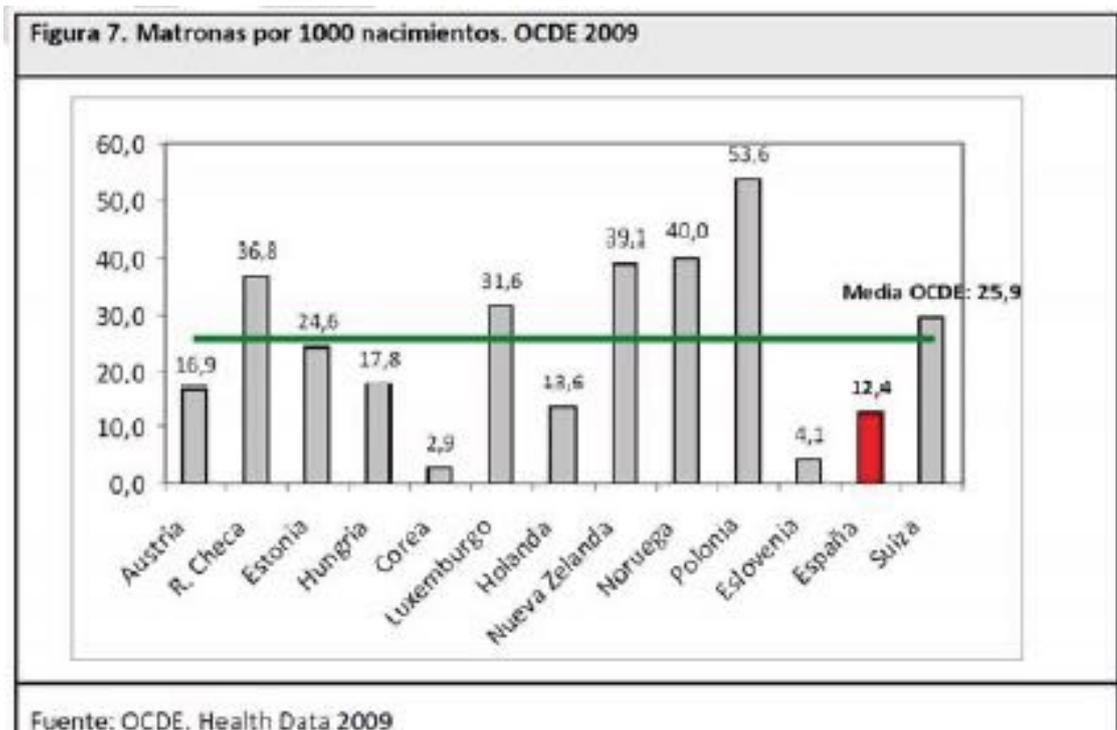


Ratios matronas por CCAA.



Comparativa con los estados de la Unión Europea.

Según los datos ofrecidos por la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, compuesta por 34 estados, y cuyo objetivo es coordinar las políticas económicas y sociales de todos ellos y en el que España está incluido), en cuanto al número de matronas por cada 1.000 habitantes (hombres y mujeres) la media se sitúa en 25,9 matronas, a la vez que España, con un ratio de 12,4 matronas por cada 1.000 habitantes, se sitúa muy por debajo de la media y con cifras de las más bajas de todos los países estudiados.



La OCDE en su estudio también señala los ratios de matronas por cada 1.000 nacimientos. En este caso la media del ratio de matronas por cada 1.000 nacimientos de los países estudiados se establece en 25,9 mientras que en España este ratio se sitúa en 12,4 matronas por cada 1.000 nacimientos, nuevamente muy por debajo de la media del resto de países y muy por debajo de los países de nuestro entorno.

De los datos de la OCDE también extraemos que en España el número de matronas por cada 100.000 mujeres es de 31,6 frente a la media de los países que componen la gráfica que se establece en 69,8 matronas por cada 100.000 mujeres. A su vez, y estudiando el incremento de matronas en el periodo 2000 a 2009, vemos que en España dicho incremento, durante el periodo mencionado, es prácticamente insignificante (0,1), mientras que en la gran mayoría de los países estudiados el incremento en el número de matronas por cada 100.000 mujeres es muy importante.

Por otra parte y en cuanto a la evolución del número de matronas a lo largo de los años, comprobamos que en España ha habido un notable descenso en los últimos 10 años, en cuanto al número de matronas por cada 1.000 nacimientos, pasando de 17,50 en 1998 a 12,4 matronas por cada 1.000 nacimientos en el año 2009.

Sin embargo y a su vez en los países de nuestro entorno que han reconocido la eficiencia de los cuidados de matrona la tendencia ha sido todo lo contrario. Las políticas sanitarias llevadas a cabo en el resto de países han optado por invertir en la atención en el puerperio y en el cuidado al recién nacido, triplicando en la última década los ratios de matronas por cada 1.000 nacimientos.

Francia ha pasado de un ratio de 17,5 en 1995 a un ratio de 25,5 matronas cada 1.000 nacimientos en el año 2007. Alemania ha pasado de un ratio de 19,6 en el año 2000 a un ratio de 26,4 matronas cada 1.000 nacimientos en 2008. Italia ha pasado de un ratio de 26,10 en 2004 a un ratio de 27,87 matronas cada 1.000 nacimientos en 2006.

Portugal ha pasado de un ratio de 13,9 en 2004 a un ratio de 21,9 matronas cada 1.000 nacimientos en el 2009.

La comparativa en cuanto al ratio de matronas con licencia para poder ejercer (*midwives licensed to practice*), en el caso de España, colegiadas, denota la contra tendencia que las políticas sanitarias están marcando en nuestro país en referencia a los países de nuestro entorno.

Incongruencia de las Administraciones.

Al analizar todo el ordenamiento relativo a las competencias de ésta profesión nos encontramos con la discrepancia de que existe un incumplimiento manifiesto y reiterado de la normativa actual, por parte de casi todas las Administraciones del Estado cuya obligación es velar por su cumplimiento.

Las Directivas, Leyes, Decretos y Órdenes no se cumplen por sí mismas al publicarse en el BOE, ya que requieren, en la mayoría de los casos, que el órgano competente y en este caso el Ministerio de Sanidad, el Consejo Interterritorial y las CCAA emitan la correspondientes Resoluciones que aclaren, obliguen y definan aspectos que no matizan las leyes generales.

Como consecuencia, en el caso de la profesión de matrona la paradoja, se produce porque siendo una de las profesiones reconocidas mejor reguladas y con un amplio campo de competencias adquiridas en el periodo formativo extrapolables al terreno laboral, no las desarrolla ni un 70% en establecimiento de atención especializada ni tampoco en atención primaria.

Y lo más grave: no se ofrece a las mujeres la calidad de los cuidados en la mayoría de sus procesos que presta el profesional idóneo que es la matrona. Por otra parte hay que mencionar el dispendio económico que se produce cuando el Sistema invierte en una extensa formación de las matronas para su posterior desaprovechamiento.

En el pasado la escasez de matronas y las tasas de nacimientos determinó que estas tuvieran que confinarse en las salas de partos y algunas actividades en el ámbito de la Atención Primaria al priorizar necesidades.

En la actualidad, aunque no se alcanzan los objetivos de plantillas horizonte, sí existe una situación numérica suficiente para abordar de una vez por todas, la definición de los puestos de trabajo de las matronas en los distintos establecimientos sanitarios y niveles de atención que se relacionan con las competencias legisladas para esta profesión.

La realidad hoy es que buena parte de la población de mujeres no recibe la atención adecuada por el profesional idóneo que es la matrona. Nadie cuestiona que las matronas atiendan los embarazos, partos y puerperio, pero sí se cuestionan buena parte de los programas de salud para las mujeres que no están gestionando las matronas por indolencia, desconocimiento o negligencia de los gestores del Sistema Nacional de Salud.

En relación a otros ámbitos de desarrollo funcional del colectivo profesional de las matronas podemos observar que en el caso de la gestión de recursos tampoco se viene desarrollando de forma coherente y considerando la idoneidad y perfil.

Conclusiones.

- 1. Las mujeres tienen derecho a recibir servicios de salud de excelencia.**
- 2. Esos servicios serán proporcionados por el profesional idóneo y los gestores deben poner las medidas necesarias para que así sea.**
- 3. Las matronas en España ha desarrollado un papel socio-sanitario muy importante y claramente eficiente para el Sistema.**
- 4. Las matronas están capacitadas para asumir, con todo derecho, las competencias previstas en el ordenamiento jurídico y las políticas cambiantes, según el gobierno de turno, no pueden condicionarlas. Por el contrario deben asegurar que se cumplan.**

PROPUESTA.

Según la tabla inferior, las matronas podrían desarrollar plenamente su ámbito competencial siempre que los gestores lo faciliten y deben hacerlo por razones de eficiencia y de compromiso con la sociedad

No pedimos un traslado masivo de las enfermeras, no especializadas, destinadas en las unidades hospitalarias que debían ocupar las matronas pero, de forma paulatina deberían ir incorporando matronas a las plantas de púerperas o mujeres de alto riesgo, más pronto que tarde y a muy corto plazo se podrían ver los resultados positivos del cambio.

ESQUEMA COMPETENCIAL POR ACTIVIDAD Y TIPO DE ESTABLECIMIENTO

ACTIVIDAD ASISTENCIAL	ESTABLECIMIENTO	JUSTIFICACIÓN
<ol style="list-style-type: none"> 1. Unidad de Urgencias de Obstetricia y ginecología. 2. Unidad de gestantes de bajo, medio y alto riesgo. 3. Unidad de consultas de diagnóstico prenatal. 4. Unidad de consultas de gestaciones de riesgo. 5. Unidad de fertilidad. 6. Unidad de paritorio. Unidad de alto riesgo 7. Unidad de puérperas. 	<p>HOSPITALES ACTUALES</p>	<p>Directiva 2005/36/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005.</p> <p>R.D. 1837/2008, de 8 de noviembre.</p> <p>Orden SAS/1349/2009, Ley 44/2003, de 21 de noviembre.</p> <p>La ley 55/2003, de 16 de diciembre,</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Unidad de urgencias. 2. Unidad de expectantes o prodrómicas. 3. Unidad de paritorio y puérperas. 	<p>MATERNALES DE BAJO RIESGO</p>	<p>R.D. 1837/2008, de 8 de noviembre.</p> <p>Orden SAS/1349/2009, Ley 44/2003, de 21 de noviembre.</p> <p>La ley 55/2003, de 16 de diciembre,</p>

1. Asesoramiento pre-concepcional.
2. Seguimiento del embarazo normal.
3. Asesoramiento y seguimiento de métodos anticonceptivos.
4. Atención a la mujer en el climaterio.
5. Programa de prevención del cáncer ginecológico. Mama y cérvix. Realización citología, colposcopia.
6. Valoración del suelo pélvico y prevención de incontinencias.

**CENTROS DE SALUD
Y
SIMILARES**

R.D. 1837/2008, de 8 de noviembre.
Orden SAS/1349/2009,
Ley 44/2003, de 21 de noviembre.
La ley 55/2003, de 16 de diciembre,

ACTIVIDAD GESTORA	ESTABLECIMIENTO	JUSTIFICACIÓN
-------------------	-----------------	---------------

Supervisión, dirección de personal y recursos de establecimientos sanitarios maternos en:

1. Unidad de Urgencias de Obstetricia y ginecología.
2. Unidad de gestantes de bajo, medio y alto riesgo.
3. Unidad de consultas de diagnóstico prenatal.
4. Unidad de consultas de gestaciones de riesgo.
5. Unidad de paritorio. Unidad de alto riesgo
6. Unidad de puérperas.
7. Centros de Salud.

**HOSPITALES
ACTUALES**

**CENTROS DE SALUD
Y
SIMILARES**

Idoneidad.
Real Decreto 521/87 de 15 de abril de 1987 de aprobación del Reglamento sobre Estructuras, Organización y Funcionamiento de los Hospitales

ACTIVIDAD DOCENTE	ESTABLECIMIENTO	JUSTIFICACIÓN
1. Formación de las matronas residentes.	HOSPITALES ACTUALES	REAL DECRETO 183/2003.
2. Colaboración en la formación de otros profesionales sanitarios.		REAL DECRETO 183/2008, DIRECTIVA 2005/36/CE
3. Programa de educación prenatal a la pareja.	CENTROS DE SALUD Y SIMILARES	
4. Educación para la salud en el puerperio.		
5. Apoyo y promoción de la lactancia materna.		
6. Educación afectiva sexual en la adolescencia.		
7. Educación para la salud en el climaterio.		

ACTIVIDAD ASESORA	ESTABLECIMIENTO	JUSTIFICACION
Las matronas desde sus organizaciones tienen derecho a participar y asesorar sobre las políticas dirigidas a la salud de las mujeres.	MINISTERIO DE SANIDAD CONSEJERIAS DE SANIDAD DE TODAS LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS	Idoneidad Representatividad

Por último, también sería pertinente, en el ámbito de Atención Primaria que el propio Ministerio iniciase una campaña favorable para las mujeres y las matronas con el fin de potenciar la relación y generar demanda en los programas de salud dirigidos a mujeres con el objetivo de Marketing del profesional sobre la oferta de servicios hacia la población mediante folletos, anuncios, etc.

- Difundir y potenciar el papel de la matrona de Atención Primaria ante la organización (directivos y profesionales de otros estamentos) y la población.
- Desarrollo del liderazgo de la matrona en la gestión de los cuidados en la salud de la mujer
- Revertir a los profesionales los resultados en cuidados que se consigan, mejorando los canales de información y comunicación.
- Cuantificar y hacer visible la contribución de las matronas en la cartera de servicios.

Para finalizar, sería imprescindible que en el marco y cronograma previsto por la Dirección General de RRHH de negociaciones para la creación de la **categoría genérica de enfermero especialista y la creación de categorías concretas**, se tenga en consideración que, aunque las matronas ya tienen parte del camino hecho convendría saber que todavía existen lagunas de reconocimiento a toda la normativa específica en el ámbito competencial.

Desgraciadamente, desde el año 1977 que nos arrebataron nuestro colegio profesional, nunca hemos sido representadas debidamente porque somos una absoluta minoría en el colegio al que fuimos integradas.

Por otra parte si pensamos en sindicato se repite la historia de las minorías que se vuelven invisibles.

Madrid Octubre de 2017

